N° 54

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

SOMMEIL NERVEUX

SPONTANÉ ET PROVOQUÉ

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 29 JUILLET 1887

PAR

Paul-Victor MENIER

Né à l'Ile-Bouchard (Indre-et-Loire)

MÉDECIN DE LA MARINE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

CABIROU FRÈRES & Cie

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

Des *Grands Annuaires du Midi* (fondés en 1818)

19, Cours Gambetta, 19

—

1887

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534913_0131

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... DOYEN
GRASSET..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale	COMBAL (✻ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER (✻).
Physique médicale	MOITESSIER (✻).
Médecine légale et Toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON (✻ ✠).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et Gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Opérations et Appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe	CHALOT.
Anatomie pathologique et Histologie	KIENER ✻
Anatomie (Chargé du Cours)	BIMAR.
Thérapeutique et Matière médicale (Chargé du Cours)	MOSSE (✻).
Clinique des maladies mentales et nerveuses (Ch. de Cours)	MAIRET

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Professeurs honoraires : MM. MARTINS (O. ✻), DUPRÉ (✻ C. ✠).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✻).
Clinique d'Ophtalmologie.	TRUC

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MESSIEURS	MESSIEURS
CARRIEU.	VILLE
MAIRET.	GRANEL.
BIMAR.	FORGUE.
MOSSE (✻).	TRUC.
REGIMBEAU (✻).	GERBAUD.
BLAISE	GILIS.
BAUMEL.	MALOSSE.

M. H. GOT, *Secrétaire.*
M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GRASSET	*Président.*
MOSSÉ	*Professeur*
BLAISE, FORGUE	*Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

P.-V. MENIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. Le Docteur GRASSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

P.-V. MENIER.

AVANT-PROPOS

Le titre de *sommeil non naturel*, que nous avons choisi pour notre travail, ne s'applique pas, dans notre esprit, à toutes les variétés du sommeil artificiel. Il n'est question, dans cette étude, ni des sommeils médicamenteux ou toxiques, pas plus que des modifications du sommeil dans les maladies. A l'exemple de H. Barth (1), nous ne nous occuperons ici que du *sommeil pathologique*, autrement dit du sommeil nerveux spontané ou provoqué.

Les hasards de la clinique nous ont permis d'observer, à l'hôpital S^t-Eloi, une hystéro-épileptique présentant spontanément des crises de sommeil nerveux. Chez elle, on peut reproduire expérimentalement ce sommeil par certains procédés de l'hypnotisme. Cette particularité nous a suggéré l'idée de comparer l'un à l'autre ces deux sommeils, comme l'avait fait avec beaucoup de talent l'auteur que nous venons de citer. Il nous a été facile de voir que l'identité entre le sommeil nerveux spontané de notre malade et le sommeil que l'on créait expérimentalement chez elle est complète. Rapprochant l'une et l'autre de ces formes de sommeil de celles décrites par les

(1) Barth. Du Sommeil non naturel, ses diverses formes, Th. d'agrég., Paris, 1886.

auteurs, nous nous sommes assuré que si les attaques de sommeil spontané de notre hystérique s'éloignent des descriptions classiques de Barth, son sommeil provoqué ne rentre dans les descriptions ni de l'école de la Salpêtrière ni de l'école de Nancy. Dès lors, nous résolûmes d'étudier sérieusement ce cas et d'en faire le sujet de notre Thèse inaugurale.

Malheureusement, la question présentait de grandes difficultés, que nous n'aurions certainement pas surmontées sans les leçons consacrées par M. le professeur Grasset à la malade qui fait l'objet de notre étude.

Cette malade, bien connue du public médical de Montpellier, est extrêmement intéressante. Nous ne pouvions ni ne voulions exposer son observation complète, que M. Grasset se propose de publier. Nous dirons seulement ce que nous avons observé chez elle, sous le contrôle et la direction de notre jeune professeur de clinique médicale. Nous suivrons, dans cet exposé, l'ordre suivant :

Après avoir étudié les attaques de sommeil chez F... et les avoir comparées aux descriptions, faites par les auteurs, du sommeil non naturel spontané, dont nous ferons voir qu'elles diffèrent notablement, nous en rapprocherons l'hypnotisme que nous développons chez elle. Nous ferons voir que cet hypnotisme reproduit, dans ses traits principaux, et avec une fidélité saisissante, son sommeil nerveux spontané. Nous montrerons, à cette occasion, que la suggestion, qui peut produire cet hypnotisme, n'en modifie en rien le tableau.

Nous essaierons ensuite de rapprocher le sommeil non naturel spontané ou provoqué de F... de ses attaques de grande hystérie. Là encore nous trouverons de grandes analogies.

Enfin, après avoir montré combien les phénomènes présentés par notre sujet pendant ses diverses crises s'éloignent des descriptions classiques, nous montrerons dans quelle mesure F... répond aux suggestions hypnotiques, pour démontrer : d'abord,

que la suggestion est incapable de produire ou de modifier les caractères somatiques fixes du grand hypnotisme; ensuite, que la description classique de Charcot est incomplète et ne s'applique pas à toutes les hystériques hypnotisables; qu'enfin, il est des hystériques qui, pendant l'hypnose, reproduisent purement et simplement, dans ses traits principaux, les phénomènes constants de leurs attaques de sommeil; en sorte qu'à des attaques non classiques d'hystéro-épilepsie correspondent, chez les mêmes malades, des phénomènes hypnotiques ne rentrant pas dans la description classique de la Salpêtrière.

On voit tout de suite l'intérêt et les difficultés d'un pareil travail. Nous ne l'aurions certainement pas mené à bonne fin sans la bienveillance et la libéralité de M. le professeur Grasset, qui nous a permis de puiser largement dans ses leçons manuscrites. Empressons-nous de dire que nous avons surtout cherché, ne pouvant faire mieux, à reproduire fidèlement les idées du Maître, et que c'est à lui que nous reportons le mérite de ce qu'il peut y avoir de vraiment scientifique dans notre œuvre. L'idée directrice n'est donc pas notre ; l'exposition seule de la proposition que nous soutenons est de nous. *Cuique suum.*

En terminant, nous remercions bien sincèrement M. le professeur Grasset, et de la communication de ses notes et de l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre Thèse. M. le docteur Sarda, chef de clinique médicale, a bien voulu, pour nous être agréable et faciliter notre tâche, donner à F... l'ordre de venir, tous les quinze jours, à l'hôpital S^{t}-Eloi, et nous aider de ses conseils. Nous lui en exprimons notre gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU SOMMEIL NERVEUX

SPONTANÉ ET PROVOQUÉ

CHAPITRE PREMIER

DES ATTAQUES DE SOMMEIL CHEZ F...

F... a de véritables attaques de sommeil, toutes absolument identiques. Les phénomènes observés aujourd'hui pendant ce sommeil nerveux sont exactement les mêmes que ceux observés lors de la première attaque de ce genre. Il ne peut donc être question ici ni de simulation, ni d'éducation expérimentale.

Voici la description de l'une de ces attaques :

F... est couchée, les yeux fermés, les membres contracturés. Les jambes, en extension, sont croisées l'une sur l'autre, le pied gauche sur le pied droit. Les bras, fortement contracturés, sont ramenés derrière le dos, les mains croisées l'une contre l'autre. La rigidité musculaire est telle, que l'on pourrait placer la malade la tête appuyée sur le dossier d'une chaise, les pieds sur un autre dossier. C'est

absolument un mannequin, mais un mannequin dont les membres ont une position fixe que l'on ne peut modifier par des efforts considérables. La contracture est presque invincible; elle n'épargne que les muscles de la tête.

Si l'on recherche l'état de la sensibilité et de l'intelligence pendant cette attaque, on constate les fait suivants :

La sensibilité est complètement abolie sur toute la surface du corps. Quelle que soit l'excitation employée, la malade est absolument insensible. On peut la piquer, la pincer, la brûler, sans qu'elle éprouve la moindre douleur.

Le sens musculaire n'existe plus ; la malade n'a pas conscience de la position de ses membres ; elle croit remuer, alors qu'elle ne bouge pas plus qu'un corps absolument inerte, bien que, cependant, elle ait l'intention de faire les mouvements qu'on lui dit de faire. Elle n'a pas non plus conscience de l'état dans lequel elle se trouve.

— Quand vous vous éveillerez, lui dit-on, vous ferez telle chose.

— Mais je ne dors pas.

— Puisque vous ne dormez pas, donnez-moi votre main.

— La voilà.

Et F... n'a pas bougé. Elle se figure qu'elle montre sa langue, qu'elle se lève et s'habille, qu'elle marche.

Il est donc possible, d'après ce que nous venons de dire, de causer avec F... pendant son sommeil. C'est là une particularité très intéressante, comme nous l'allons voir.

En effet, tandis que tous autres sens sont endormis chez notre hystérique, l'*ouïe* persiste. Interpellée directement, F... répond d'une façon très intelligente; car, comme l'ouïe, l'intelligence est parfaitement conservée ; les réponses sont nettes, lucides, bien appropriées. En cet état, F... nous donne des nouvelles de sa santé, nous raconte

des détails que nous savons être parfaitement vrais. Elle conserve entièrement le souvenir des recommandations qui lui on été faites pendant les attaques antérieures, rend compte de tout ce qu'elle a éprouvé.

Autre particularité : pendant ce temps, F... a l'aspect d'une personne endormie, l'œil fermé, la respiration calme, pas de traces du moindre malaise sur l'expression de sa physionomie. L'œil est même si bien clos, que la malade ne peut l'ouvrir. Elle se rend, d'ailleurs, compte de quelque chose d'anormal qui se passe de ce côté.

— Puisque vous ne dormez pas, lui dit-on, ouvrez votre œil.

— Le voilà ouvert, répond-elle.

— Et que distinguez-vous ?

— Je ne distingue pas très bien ; j'ai un brouillard devant l'œil ; je vois trouble.

Ses paupières sont, bien entendu, demeurées parfaitement closes.

En résumé, contractures généralisées, sens abolis, sauf l'ouïe, perte de la conscience de son état et de la position de ses membres, avec conservation de l'intelligence et de la mémoire, telles sont les particularités qui caractérisent les attaques de sommeil de F...

Il est bien évident que cet état ne ressemble nullement au sommeil naturel, dont il diffère par la manière d'être de la sensibilité, de la motilité, de l'intelligence : c'est un sommeil nerveux, pathologique.

Le sommeil non naturel a été décrit avec beaucoup de soin, de talent et une grande richesse de détails dans la très remarquable thèse d'agrégation de H. Barth. Pour cet auteur, toutes les variétés de sommeil non naturel sont

« des manifestations diverses d'un même état morbide, et ces variétés se réduisent aux trois types suivants ; *somnambulisme*, *catalepsie*, *léthargie*. »

Dans le somnambulisme spontané, que Barth définit : « un rêve avec exaltation de la mémoire et de l'activité automatique des centres nerveux, en l'absence de la volonté spontanée et consciente », il y a surtout dissociation dans l'exercice des sens, en particulier dans celui de la vue et de l'ouïe : le malade voit et entend très bien ce qui a trait à son rêve ; la sensibilité cutanée est abolie, tandis que le tact est exagéré ; la mémoire est exaltée, de même que l'innervation motrice ; le somnambule, dit Barth, « coordonne les actes les plus compliqués, franchit les obstacles les plus difficiles avec une agilité, une souplesse et une force qui ont fait l'étonnement de tous les observateurs. Mais si on vient à le toucher, à le gêner quelque peu dans la liberté de ses mouvements, il se manifeste souvent une rigidité des membres qui témoigne de l'excitation morbide à laquelle le malade est en proie. » Enfin, l'imagination est encore plus exaltée que la mémoire.

Au contraire, la volonté est à peu près abolie, sinon entièrement. La conscience, souvent éteinte, est quelquefois conservée.

Au réveil, le somnambule a complètement oublié ce qu'il a fait pendant son sommeil.

En somme, le somnambule, cet automate vivant, qui va, vient, agit, ne ressemble pas à notre malade pendant sa crise de sommeil.

Sans insister sur cette discussion, nous dirons que les diverses variétés du somnambulisme (noctambulisme, extase) sont bien différentes de l'état de sommeil de F..., qui est immobile, en contracture, les yeux fermés, la vue abolie.

Nous trouvons des différences au moins aussi tranchées entre les attaques de sommeil de notre malade et les crises de catalepsie, « caractérisées à la fois par la perte du sentiment, par l'abolition de la motilité volontaire, et par une exagération de la tonicité statique des muscles ; d'où il résulte que le tronc et les membres prennent sans résistance et conservent sans effort, pendant un temps indéfini, toutes les positions qu'on leur communique. (Barth.) »

En cet état, les yeux du sujet sont ouverts et fixes, l'immobilité du malade absolue ; la motilité volontaire est abolie ; mais il n'y a ni paralysie ni contracture ; au contraire, les membres présentent une grande souplesse (*flexibilitas cerea*), prennent et conservent toutes les attitudes qu'on leur imprime.

F... n'est pas davantage en léthargie proprement dite. Le sommeil léthargique, en effet, est « caractérisé par une torpeur absolue des facultés intellectuelles avec anesthésie sensitivo-sensorielle, résolution musculaire, ralentissement marqué des échanges nutritifs, parfois même de la respiration, de la circulation et de l'hématose. (Barth.) » Dans son degré le plus profond, la léthargie s'accompagne d'un anéantissement complet des fonctions du système nerveux : c'est la mort apparente, dont nous n'avons pas à nous occuper. Dans un degré plus superficiel, il y a de la paralysie musculaire avec conservation de la conscience et intégrité sensorielle. C'est de cet état que Barth a dit très élégamment : « C'est la léthargie lucide, dans laquelle on a vu des malades assister inertes aux préparatifs de leurs funérailles, jusqu'au moment où la violence même de l'émotion rompait les liens de leur volonté captive et rendait la voix à leur gosier paralysé. »

Si le sommeil nerveux de F... ne rentre dans aucune de ces variétés, il n'en est pas moins un sommeil non naturel,

un sommeil hystérique ; nous n'en voulons pour preuve que les contractures et la possibilité de réveiller la malade par la compression de la région ovarienne. Il appartient aux attaques de sommeil (*trance* des auteurs anglais), encore mal étudiées et mal classées, dont Bourneville et Regnard (1) ont cependant essayé une description à peu près complète. Ce qui paraît dominer, dans ces attaques, c'est l'anesthésie sensitive et sensorielle et l'inconscience.

Les attaques de sommeil sont assez rares. Briquet n'en a vu que trois cas. D'autres cas ont été observés par Richer (2) et par Pitres (3).

Briquet, dans son *Traité de l'hystérie*, décrit trois espèces d'attaques de sommeil : sommeil proprement dit, coma et léthargie, qui ne sont que trois degrés différents d'un même état pathologique. Le premier degré est caractérisé par la résolution des membres, avec aspect général du sommeil naturel. Dans le deuxième degré, on observe, dans les muscles des membres et de la face, des phénomènes convulsifs, avec gêne respiratoire et dureté du pouls. Le troisième degré n'est autre que la mort apparente, dont nous avons déjà dit un mot.

La nomenclature de Richer est bien différente, au moins quant aux mots. Pour cet auteur, en effet, le mot de léthargie convient à toutes ces attaques de sommeil. Dans un premier degré, il y a simple léthargie, qui ne diffère pas de l'attaque de sommeil de Briquet ; le deuxième degré est constitué par la mort apparente. Dans un troisième groupe de faits, on observe des complications de

(1) Bourneville et Regnard. Iconographie photographique de la Salpêtrière, t. III.

(2) Traité de l'Hystéro-épilepsie.

(3) Leçons cliniques, 1885.

deux sortes : état cataleptiforme, contractures partielles ou généralisées.

Comme le fait remarquer avec raison M. le professeur Grasset, à qui nous empruntons la description précédente, cette étude est pleine de difficultés et de confusion, et il vaut mieux, à son exemple, désigner tous ces états par le terme générique : attaques de sommeil, qu'on fera suivre d'un qualificatif indiquant la variété dont il s'agit ; de telle sorte qu'on devrait dire : attaques de sommeil simple, ou avec état cataleptiforme, ou avec contractures, ou avec mort apparente, selon le ou les symptômes qui fixent le plus l'attention. De cette façon, l'on aura des variétés bien plus nettes, bien plus précises.

Chez F..., nous avons des caractères absolument fixes ; c'est toujours le même tableau symptomatique, toujours le même état de la motilité, de la sensibilité et de l'intelligence. Ses attaques de sommeil ne sont ni du sommeil simple, ni du coma, ni de la léthargie proprement dite. Tout au plus se rapprocheraient-elles de la léthargie lucide, dont, cependant, elles diffèrent absolument au point de vue de l'état de fonctionnement de tout ce système nerveux. Ce sont des *attaques de sommeil avec contractures généralisées* (sauf les muscles de la tête).

Voilà un caractère qui distingue le sommeil nerveux de F... des autres variétés.

Les contractures, notées par Bourneville et Regnard, ont été vues et décrites par Richer, qui en cite trois observations. M. Grasset en observe en ce moment un autre cas. Elles se rencontrent donc rarement dans le sommeil nerveux spontané.

Un second caractère fait des attaques de sommeil de F... une chose rare et bien remarquable : c'est l'état de l'intelligence et de l'ouïe. Nous avons dit déjà que l'ouïe et

l'intelligence sont conservées chez notre malade. Sous ce rapport, la malade de Pitres est très semblable à F..., puisqu'elle soutient, comme celle-ci, des conversations suivies. Mais dans l'observation de Pitres, les contractures font défaut.

De son côté, Richer cite beaucoup de malades dont l'intelligence est conservée et qui parlent seules, sans entendre ce qu'on leur dit.

Nous pouvons donc affirmer que le sommeil nerveux spontané de F... présente des caractères qui, par leur ensemble, constituent une variété à part, un fait unique dans l'histoire du sommeil non naturel : *les contractures fixes, la conservation de l'intelligence et de l'ouïe avec perte de la conscience musculaire.* A ce point de vue seul, notre hystérique est donc extrêmement intéressante. Nous verrons, tout à l'heure, en parlant du sommeil nerveux provoqué, combien cette malade s'éloigne des descriptions classiques.

La durée de ces attaques de sommeil est variable ; elle aurait, une fois, atteint 72 heures. Le réveil n'a souvent lieu qu'après 10 à 12 heures. Il est tout aussi remarquable et intéressant que le sommeil qu'il termine.

Nous reviendrons sur ce réveil dans le chapitre suivant, consacré à l'étude du sommeil nerveux provoqué ou hypnotisme chez F...

CHAPITRE II

PARALLÈLE ENTRE LE SOMMEIL NERVEUX SPONTANÉ ET LE SOMMEIL NERVEUX PROVOQUÉ OU HYPNOTISME CHEZ F...

« Tous ces phénomènes si bizarres et si variés que nous avons décrits dans les chapitres précédents, on peut les reproduire presque à volonté chez les sujets prédisposés, et cela non par des moyens surnaturels, mais par une série de procédés extrêmement simples dont l'action unique est de troubler momentanément l'équilibre du système nerveux chez le sujet en expérience, et de favoriser cette dissociation des fonctions cérébrales, condition première de tous les sommeils morbides. (Barth.) »

Ces paroles s'appliquent parfaitement au cas de notre malade. Nous allons montrer qu'il est très facile de provoquer chez elle un sommeil presque absolument identique aux attaques de sommeil spontané que nous venons d'étudier. Mais avant, un mot d'historique est ici nécessaire.

Nous laisserons de côté tout ce qui, dans cet historique, précède les travaux de Braid, parce que tout ce qui avait été fait avant lui par les précurseurs de Mesmer, par Mesmer lui-même, par Puységur, Faria et autres, ne s'applique pas à l'étude scientifique du sommeil provoqué. Il nous suffira de rappeler que Mesmer prétendait endormir

ses malades en faisant passer, par l'attouchement et le regard, le fluide magnétique dont il était imprégné dans le corps desdits malades, tandis qu'au contraire Faria, tout magnétiseur qu'il prétendait être, croyait que la raison d'être du somnambulisme était dans le sujet et non dans la personne de l'opérateur. Disons à cette occasion que Faria pratiquait la suggestion. Il suffisait, en effet, selon lui, de dire au sujet *prédisposé* : « Dormez ! », pour le voir tomber dans un sommeil particulier pendant lequel on pouvait lui suggérer des hallucinations.

On peut dire que c'est Braid qui a créé l'hypnotisme scientifique. C'est en 1843 qu'il commença l'étude des phénomènes du sommeil provoqué. « Il n'eut pas de peine à reconnaître et à démontrer qu'il n'y avait pas lieu d'admettre une influence mystérieuse de l'opérateur sur l'opéré, encore moins l'existence d'un fluide mesmérique ou magnétique : les patients pouvaient se plonger eux-mêmes, par leur seule manière d'être personnelle, dans le sommeil hypnotique. En faisant regarder fixement par les patients un petit objet brillant disposé au-dessus de l'axe visuel et à une petite distance du visage, il voyait un certain nombre d'entre eux tomber plus ou moins promptement dans un sommeil profond, présentant tous les caractères du somnambulisme magnétique. (Barth.) »

C'est ce sommeil provoqué que Braid appela *hypnotisme*.

Ainsi donc, comme le disent Binet et Féré (1) « la preuve de la réalité du somnambulisme était faite ; le somnambulisme devenait un état observable, que le premier venu était maître de produire à volonté. »

De plus, Braid remarqua que le sommeil provoqué ne se

(1) Binet et Féré. Le magnétisme animal. Paris 1887, p. 48.

présentait pas sous le même aspect. Il décrivit les anesthésies et les hyperesthésies, les paralysies et les contractures, les hallucinations et la possibilité de la suggestion verbale, etc., et même, d'après les auteurs que nous venons de citer, la suggestion à l'état de veille.

Malheureusement, Braid classa mal les faits qu'il avait observés : il eut le tort de mêler à son œuvre scientifique des expériences de phrénologie, qui contribuèrent à faire oublier ou dédaigner ses découvertes.

En 1860, la question fut reprise par le professeur Azam, de Bordeaux, qui, frappé surtout de l'anesthésie générale observée chez une de ses malades qu'il avait plongée dans le sommeil hypnotique, vit dans la provocation possible du sommeil un moyen de remplacer le chloroforme.

C'est de la même époque que date le travail de Giraud-Teulon et Demarquay (1), qui voient dans l'hypnotisme un état non pas physiologique mais morbide.

Nous passons sous silence les travaux de Durand de Gros, de Liébeault, de Charles Richet, etc., dont le lecteur soucieux d'approfondir la question trouvera l'indication dans la thèse de Barth et le livre de Binet et Féré, pour en arriver aux recherches de Charcot et de ses élèves et aux études de l'Ecole de Nancy.

Abandonnant la méthode de ceux qui s'étaient avant lui occupés du sommeil provoqué, le professeur Charcot, loin de se contenter, comme ses prédécesseurs, de l'étude des phénomènes psychiques, s'attacha surtout à découvrir des faits matériels, autrement dit des phénomènes physiques propres à démontrer la réalité de l'hypnotisme. Il employa tout son talent à montrer que le sommeil hypnotique se présente sous plusieurs formes, ayant chacune des carac-

(1) Recherches sur l'hypnotisme. Gaz. méd. de Paris, 1859 et 1860.

tères somatiques fixes, et à soutenir que ces caractères ne se rencontrent d'une façon complète que chez les hystériques. Il a ainsi créé ce que l'Ecole de la Salpêtrière appelle le *grand hypnotisme* « autant pour caractériser l'intensité de ces symptômes que pour le distinguer de ces formes frustes, qui, jusque-là, avaient été exclusivement étudiées par les médecins, et qu'on peut grouper encore aujourd'hui sous le nom de *petit hypnotisme.* (Binet et Féré.) »

Ce terme, un peu dédaigneux, de petit hypnotisme, s'applique aux phénomènes observés par les médecins de Nancy chez des sujets non hystériques, et facilement provoqués par la suggestion, qui joue le rôle capital, sinon unique, dans la production des variétés de sommeil décrites récemment par Bernheim, et sur lesquelles nous aurons à revenir tout à l'heure.

Voyons, d'abord, comment on provoque l'hypnose chez F...

Le procédé classique : fixation du regard ou d'un objet brillant, réussit bien et très rapidement, quelle que soit d'ailleurs la personne de l'endormeur. Mais la suggestion et la compression des zones hystérogènes agissent de même.

On sait que l'abbé Faria n'employait pas d'autre procédé que la suggestion. Liébeault et Bernheim, de Nancy, A. Voisin, de la Salpêtrière, procèdent de même. Chez F... l'ordre de dormir, même lorsque la malade résiste, proteste et jure qu'elle ne s'endormira pas, est rapidement suivi de l'exécution. Ce n'est, d'ailleurs, que depuis quelques mois que ce moyen réussit bien pour endormir notre malade.

L'Ecole de Nancy a vu, dans ces faits de suggestion, la preuve que tout, dans l'hypnotisme, revient à l'imagina-

tion. A cela, l'on peut objecter que l'on a pu réussir à provoquer l'hypnose par la fatigue nerveuse (Féré, A. Voisin). D'autres arguments plaident, dans le cas particulier, contre la théorie de Bernheim. Sans doute, chez les sujets depuis longtemps soumis aux pratiques de l'hypnotisme, la suggestion réussit très bien ; mais il est exagéré de lui attribuer le rôle capital. Ainsi, chez F..., la fixation du regard suffit, sans que l'endormeur s'aide de la suggestion ; elle réussit même lorsque l'endormeur ordonne à la malade de ne pas dormir. Un autre argument est tiré de l'existence, chez notre sujet, de zones hypnogènes.

Pitres a récemment attiré l'attention sur l'existence de ces zones hypnogènes, qu'il définit : « Régions circonscrites du corps dont la pression a pour effet de provoquer instantanément le sommeil hypnotique... (1) », et dont il distingue trois variétés :

« 1° Les zones hypnogènes simples, dont la pression pratiquée sur des sujets à l'état de veille détermine invariablement une phase, toujours la même, du sommeil hypnotique ;

» 2° Les zones hypnogènes à effet successif, dont la pression donne lieu successivement à des phases de plus en plus profondes de sommeil provoqué, à mesure que cette pression devient plus énergique ;

» 3° Les zones hypnogènes à effet incomplet, dont la pression ne produit pas le sommeil lorsque les malades sont à l'état de veille, mais peut modifier les phases du sommeil hypnotique chez les sujets préalablement endormis. (Barth.) »

Nous n'avons chez F... que des zones de la première

(1) Pitres. Des zones hystérogènes et hypnogènes. Bordeaux, 1885.

variété, c'est-à-dire que la pression de ces zones détermine toujours la même phase du sommeil hypnotique.

Pour Pitres, la distribution de ces zones n'obéirait à aucune loi. Cependant, chez notre malade, cette distribution est absolument symétrique.

On peut, en effet, provoquer l'hypnose en comprimant les points suivants : les deux ovaires, un point situé au niveau de l'angle inférieur des deux omoplates, un point au-dessous de chaque sein, les deux poignets, les deux chevilles. Ajoutons qu'on a pu en créer par la suggestion pendant le sommeil hypnotique, et ces zones ne sont nullement des zones d'hyperesthésie ni d'anesthésie.

Ici, il est absolument impossible de faire intervenir la suggestion. Pendant que M. le professeur Grasset cause avec F..., sans la regarder, sans lui donner aucun ordre, en lui demandant des nouvelles de son état de santé, il lui serre l'un des poignets, et, au bout d'une minute ou deux, bien qu'on attire l'attention du sujet de façon à bien écarter tout idée de suggestion, le sommeil arrive.

Il y a mieux encore. Le 11 décembre 1886, F... dit qu'elle tousse, qu'elle éprouve un peu de gêne respiratoire. M. Grasset l'examine, percute la région thoracique postérieure; mais dès qu'il arrive à la zone hypnogène située à l'angle inférieur de l'omoplate, une percussion très légère provoque immédiatement l'hypnose. Trois jours après le même résultat est obtenu par l'application de l'oreille sur la même zone. L'imagination est ici absolument hors de cause; c'est sur un point précis que la pression doit porter pour provoquer le sommeil.

Toutes ces particularités propres à la façon de produire chez notre sujet le sommeil nerveux, nous les retrouvons, avec la même netteté, la même constance, quand nous voulons éveiller F. .. En un mot, les mêmes moyens

(sauf la fixation du regard, puisque l'œil de la malade est fermé) qui provoquent l'hypnose amènent aussi le réveil quand la malade est endormie.

On sait, depuis trois ans, éveiller F... par la compression des zones hypnogènes, qui se trouvent, par suite, être en même temps des *zones hypnofrénatrices*. En quelques minutes, cette compression amène le réveil complet, à la condition toutefois qu'elle ne soit pas interrompue.

C'est seulement depuis le mois de février que le réveil est obtenu par suggestion. Mais, comme pour la compression des zones hypnofrénatrices, l'ordre doit être donné pendant tout le temps que met le réveil à s'effectuer.

Ceci nous amène à dire un mot de la façon dont ce réveil s'exécute. C'est encore une des particularités très curieuses de l'hypnotisme chez notre hystérique.

Que le réveil soit produit par la compression d'une zone hypnofrénatrice ou par la suggestion, il se fait en plusieurs temps, marqués par des mouvements toujours les mêmes dans chaque crise, se succédant avec une régularité automatique. Nous en empruntons la description presque textuelle à M. le professeur Grasset.

F... est dans l'attitude de sommeil telle que nous l'avons déjà décrite au précédent chapitre : yeux fermés, membres et corps contracturés, jambe gauche sur la droite. Quelques mouvements de déglutition marquent le début de ce réveil. En même temps les jambes se décroisent, le pied gauche se place à côté du pied droit; les mains, qui étaient entrelacées se séparent ; les bras s'élèvent au-dessus de la tête, les mains se rapprochent l'une de l'autre, se mettant alternativement en pronation et en supination ; elles s'écartent de nouveau ; les bras retombent en croix, puis s'élèvent une seconde fois au-

dessus de la tête, pendant que les mains se ferment en se rapprochant l'une de l'autre ; après avoir frappé, quatre à huit fois ses poings fermés l'un contre l'autre, F... ramène ses mains, ouvertes, sur ses yeux, qu'elle frotte. Enfin, l'œil s'ouvre, la malade est toute surprise de se trouver entourée d'étudiants ; le réveil est complet.

Nous reviendrons sur ces diverses phases ; mais il nous faut, auparavant, étudier le sommeil provoqué de F..., et le comparer aux attaques de sommeil spontané.

Hâtons-nous de le dire, ce sommeil provoqué est en tout semblable à celui dont nous avons déjà donné la description : yeux fermés, raideur absolue, contractures généralisées, intelligence conservée, ouïe parfaite, anesthésie générale avec perte de la conscience de la position de son corps. Comme dans les crises spontanées, F... répond intelligemment aux questions qu'on lui pose, croit remuer, montrer sa langue, s'habiller, marcher ; mais elle ne peut, grâce à ses contractures, exécuter aucun des mouvements qu'elle se figure faire. On lui ordonne de se lever, de s'habiller, d'aller jusqu'à la porte, et au bout d'un instant, on lui demande où elle en est de l'exécution de l'ordre. « Je me chausse », dit-elle. Et elle se figure bien qu'elle s'habille, qu'elle marche, qu'en un mot elle exécute l'ordre donné. Mais elle ne bouge pas. Il est donc absolument impossible de lui faire exécuter aucun mouvement réel pendant son sommeil ; la suggestion intra-hypnotique n'existe pas.

De même que dans ses crises de sommeil spontané, F... ne peut pas plus ouvrir l'œil qu'elle ne peut montrer la langue. Aussi trouve-t-elle une raison pour expliquer l'abolition, en cet état, du sens de la vue : elle dit qu'elle a un brouillard devant les yeux.

Nous verrons plus tard que l'on peut faire exécuter

certains ordres à notre hystérique, alors que le sommeil a cessé, qu'on peut même lui donner des ordres dont l'exécution, fixée à une époque éloignée, est toujours certaine. Nous dirons alors quelques mots de l'état de la mémoire de F... pendant le sommeil provoqué. Qu'il nous suffise d'indiquer que nous retrouvons ici, comme dans les attaques de sommeil spontané, avec l'intégrité de l'intelligence, l'exaltation de la mémoire. La ressemblance entre les deux états est donc parfaite.

CHAPITRE III

LE SOMMEIL NERVEUX DE F... N'ENTRE PAS DANS LA DESCRIPTION DE LA SALPÊTRIÈRE NI DANS CELLE DE L'ÉCOLE DE NANCY

Nous venons de démontrer que l'expérimentation reproduit, chez F..., un état de sommeil en tout point comparable à celui que nous avons étudié à propos de ses crises spontanées. Nous allons rechercher, comme nous l'avons fait pour le sommeil spontané, si le sommeil provoqué de notre sujet entre dans les descriptions classiques, ou si les phénomènes que nous venons de brièvement exposer sont, comme ceux que nous avons précédemment étudiés, une variété à part du sommeil non naturel.

Voyons d'abord si nous retrouvons dans la classification de la Salpêtrière un état comparable à celui de F...

Nous avons eu déjà l'occasion de dire que Charcot avait étudié expérimentalement le sommeil nerveux provoqué chez les hystéro-épileptiques, et qu'il avait découvert dans ces conditions, des caractères d'ordre somatique constants et fixes, permettant de donner une classification nosographique du grand hypnotisme.

Pour l'éminent professeur de la Salpêtrière, le grand hypnotisme se présente sous trois états : l'*état catalep-*

tique, l'*état léthargique*, l'*état de somnambulisme provoqué.*

Dans l'*état cataleptique*, « le sujet est immobile ; il paraît comme fasciné. Les yeux sont ouverts, le regard fixe ; pas de clignements des paupières ; les larmes s'accumulent bientôt et s'écoulent sur les joues. Assez fréquemment anesthésie de la conjonctive et de la cornée.

Les membres et toutes les parties du corps gardent souvent pendant un temps fort long les positions, les attitudes même les plus difficiles à maintenir, qu'on leur a communiquées. Ils paraissent d'une grande légèreté lorsqu'on les soulève ou les déplace, et l'on n'éprouve aucune résistance à les fléchir ou à les étendre. La *flexibilitas cerea* et ce que l'on appelle « la roideur du mannequin des peintres », n'existent pas. Les réflexes tendineux sont abolis. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire fait défaut. Il y a analgésie complète, mais certains sens conservent du moins en partie leur activité (sens musculaire, vision, audition). Cette persistance de l'activité sensorielle permet souvent d'impressionner de diverses façons le sujet cataleptique et de développer chez lui, par voie de suggestion, des impulsions automatiques et de provoquer des hallucinations.... (Charcot.) » (1).

On voit tout de suite combien l'état de notre malade, contracturée l'œil fermé, non suggestionnable, ayant perdu le sens musculaire, diffère de cet état cataleptique. Au point de vue de la suggestion, la seule chose que l'on puisse obtenir de F..., c'est de lui faire exécuter des mouvements fictifs. Elle est convaincue qu'elle va, qu'elle vient, qu'elle s'habille, etc., alors qu'elle conserve une immobilité absolue. Donc, F... n'est pas en catalepsie.

(1) Compte-rendu de l'Académie des sciences. 1882.

Est-elle davantage en état léthargique? En cet état, « il y a analgésie complète de la peau et des membranes muqueuses accessibles. Les appareils sensoriels conservent cependant parfois un certain degré d'activité; mais les diverses tentatives qu'on peut faire pour impressionner le sujet par voie d'intimidation ou de suggestion restent le plus souvent sans effet. Les membres sont mous, flasques, pendants, et, soulevés, retombent lourdement lorsqu'on les abandonne à eux-mêmes. Les globes oculaires sont, au contraire, convulsés, les yeux clos ou demi-clos. et l'on observe un frémissement presque incessant de paupières. Les réflexes tendineux sont exagérés; l'hyperexcitabilité neuro-musculaire est toujours présente, bien qu'à des degrés divers. Elle peut être générale, c'est-à-dire s'étendre à tous les muscles de la vie animale, face, tronc, membres, ou, au contraire, partielle, c'est-à-dire occuper seulement les membres inférieurs par exemple, à l'exclusion de la face. Le phénomène en question est mis en évidence en excitant mécaniquement par pression, à l'aide d'un bâton, d'un manche de plume, par exemple, le tronc d'un nerf; alors les muscles qui sont tributaires de ce nerf entrent en contraction.

» Les muscles eux-mêmes peuvent être directement excités de la même façon sur les membres, le tronc, au cou; les excitations un peu intenses et prolongées déterminent la contracture des muscles mis en jeu; à la face, au contraire, les contractures sont passagères; elles ne s'établissent pas à l'état de contracture durable. Les contractures se produisent encore sur les membres par le fait de la percussion répétée des tendons. Ces contractures, produites soit par l'excitation des nerfs ou des muscles, soit par la percussion exercée sur les tendons, se résolvent

rapidement sous l'influence de l'excitation des muscles antagonistes. (Charcot, ibid.) »

De tout ce tableau, nous ne retrouvons, chez notre sujet, que l'aspect de sommeil profond, l'analgésie complète de la peau et des muqueuses, les yeux clos et convulsés. Tout le reste est absent, ou plutôt, tous les autres caractères du sommeil de F... diffèrent absolument de la description ci-dessus. A la place de la résolution musculaire, nous avons des contractures généralisées. C'est là une première différence capitale. D'autre part, nous pouvons causer avec F..., tandis que, pour la léthargie, il est impossible d'entrer en communication avec le sujet, d'attirer son attention. Enfin, le caractère presque pathognomonique de l'état léthargique, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'existe pas ici. M. le professeur Grasset a vainement essayé, à plusieurs reprises, de découvrir ce phénomène. L'excitation du cubital ou de tout autre nerf des membres, celle du facial, n'ont pas produit de contraction musculaire; il en est de même de l'excitation des muscles. Nous reviendrons plus tard sur un phénomène intéressant qui se produit pendant l'excitation du facial.

Mêmes divergences à propos de l'*état de somnambulisme provoqué*. Ici, encore, nous copions la description de Charcot :

« Les yeux sont clos ou demi-clos; les paupières se montrent en général agitées de frémissements; abandonné à lui-même, le sujet paraît endormi : mais même alors la résolution des membres n'est pas aussi prononcée que lorsqu'il s'agit de l'état léthargique. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'existe pas. Par contre, on peut, par diverses manœuvres, entre autres à l'aide de légers attouchements promenés à plusieurs reprises sur la surface d'un membre (passes), ou encore, à l'aide d'un souffle léger

dirigé sur la peau, développer dans ce membre une rigidité qui diffère de la contracture liée à l'hyperexcitabilité musculaire, en ce qu'elle ne se résout pas, comme celle-ci, par l'excitation mécanique des antagonistes, et de l'immobilité cataleptique par la résistance même qu'on rencontre au niveau des jointures lorsqu'on essaie d'imprimer au membre raidi un changement d'attitude(*flexibilitas cerea*). Pour la distinguer de l'immobilité cataleptique proprement dite, l'on propose de désigner cette rigidité particulière à l'état somnambulique sous le nom de *rigidité cataleptoïde*; on pourrait encore l'appeler *pseudo-cataleptique*.

» Il y a analgésie cutanée, mais en même temps hyperacuïté fort remarquable de certains modes de la sensibilité de la peau, du sens musculaire et de quelques-uns des sens spéciaux (vue, ouïe, odorat). Il est, en général, facile, par voie d'injonction ou de suggestion, de déterminer chez le sujet la mise en jeu d'actes automatiques très compliqués; on assiste alors aux scènes du somnambulisme artificiel proprement dit. »

Tout ce que nous avons dit précédemment nous dispense d'insister sur les différences capitales qui existent entre cet état et celui de F... pendant son sommeil provoqué. Les contractures, l'absence de rigidité cataleptoïde, l'impossibilité d'obtenir de notre sujet le moindre mouvement sont des preuves suffisantes.

Cependant, F... se rapproche de la somnambule par la conservation de l'intelligence et de l'ouïe, par l'exaltation de la mémoire, par la résistance à certaines suggestions et l'obéissance aux autres, en dehors de l'hypnose s'entend. Comme les somnambules, F... discute les ordres qu'on lui donne, refuse parfois absolument de les exécuter; comme les somnambules, elle se rappelle très bien, pendant

le sommeil provoqué, tout ce qu'elle a fait pendant ses sommeils antérieurs, et sa mémoire s'étend même aux événements accomplis la veille : au réveil elle a, tout oublié, même qu'on l'a endormie. Elle possède donc à un haut degré ce que l'on appelle la *mémoire de rappel.*

Voilà donc établi que le sommeil expérimental de notre sujet ne ressemble à aucun des trois états du grand hypnotisme de la Salpêtrière ; encore moins présente-t-il la division en trois périodes, c'est-à-dire la réunion des trois états précédemment décrits.

Il est vrai que l'école de la Salpêtrière elle-même reconnaît qu' « il existe un grand nombre d'hystériques chez lesquelles la division de l'hypnose en trois périodes ne se retrouve pas » (Binet et Féré), qu'il y a des états mixtes. Ici, rien de semblable. Cependant F... réalise bien les conditions exigées par l'école de la Salpêtrière : elle est hystéro-épileptique ; on l'endort par les moyens les plus simples ; elle n'a pas reçu d'éducation hypnotique antérieure. C'est dès le début, en effet, que tous les phénomènes que présente notre sujet ont été observés ; ils sont demeurés constants. M. le professeur Grasset a essayé, par la suggestion, d'obtenir la cessation des contractures, sans pouvoir obtenir autre chose que d'endormir F... les deux bras le long du corps, et non sur l'abdomen.

Ces contractures généralisées, l'existence d'une seule phase de l'hypnose, l'impossibilité de faire exécuter le moindre mouvement au sujet : tels sont les caractères particuliers de notre hypnotique. Ces caractères, nous ne les trouvons nulle part dans les descriptions de la Salpêtrière, ce qui fait de F..., bien qu'hystéro-épileptique, bien que présentant des caractères somatiques fixes pendant l'hypnose, un type d'hypnotique sans analogue dans l'histoire du grand hypnotisme.

Les phénomènes observés par Liébeault et Bernheim, que le lecteur trouvera minutieusement et magistralement exposés dans le livre récent du professeur de Nancy, se réduisent à des phénomènes de suggestion. Ils affectent, d'après Bernheim, les degrés suivants :

1° *Simple engourdissement.* Pesanteur des paupières et somnolence ou seulement impossibilité de tenir les yeux ouverts. En cet état, le sujet cause avec l'expérimentateur et affirme qu'il ne dort pas.

2° Yeux fermés, membres en résolution. Le sujet entend tout ce qui se dit auprès de lui ; mais on obtient l'immobilité des membres dans la position imprimée par l'expérimentateur. C'est la *catalepsie suggestive.* Au réveil, le sujet se rappelle ce qu'on lui a dit et croit ne pas avoir dormi.

3° Engourdissement plus prononcé ; diminution de la sensibilité tactile. Catalepsie suggestive avec mouvements automatiques. Contractures suggestives.

4° Avec les phénomènes précédents, il y a, de plus, perte des relations avec le monde extérieur ; le sujet communique seulement avec son endormeur.

5° *Somnambulisme léger.* Abolition de la sensibilité ; catalepsie suggestive, automatisme, hallucination par suggestion. Oubli presque complet au réveil.

6° *Somnambulisme profond.* Oubli complet au réveil.

On voit sans peine que F... s'éloigne de tous ces degrés par l'état de la motilité. Comme le fait remarquer M. Grasset, nous avons ici des caractères somatiques fixes, comme chez les sujets de la Salpêtrière, et ces phénomènes sont loin d'être sous la dépendance de la suggestion.

En effet, il n'a jamais été possible, par la suggestion, de changer la physionomie du sommeil provoqué de notre sujet, d'obtenir une seule fois le sommeil sans contractures. On a bien réussi à l'endormir l'œil ouvert ; mais il s'est produit aussitôt une crise de grande hystérie.

Ceci nous amène aux résultats produits chez F... par la suggestion post-hypnotique.

Nous avons dit et répété qu'il n'a jamais été possible de faire exécuter à notre sujet aucun mouvement pendant l'hypnose, pas plus qu'on ne peut lui donner des hallucinations. Mais les ordres donnés pendant le sommeil provoqué sont exécutés après le réveil. On observe ainsi des paralysies, des anesthésies systématiques, des hallucinations de la vue ; on peut aussi suggérer des actes. Voici des exemples :

Le 28 novembre dernier, M. Grasset endort F... par la fixation du regard. « A votre réveil, lui dit-il, vous serez paralysée du côté droit. » Elle se récrie, prétendant que c'est déjà bien assez d'être borgne de l'œil gauche. L'ordre est répété impérativement, et l'on procède au réveil de F... Quelques minutes après ce réveil, elle se plaint de souffrir vivement dans tout le côté droit du corps qui est, en ce moment anesthésié. Immédiatement la paralysie arrive, avec contracture généralisée à tout le côté, et la malade se rendort.

Un autre jour, suggestion d'avoir son hémiplégie sans contractures, de voir alors M. B..., de le prier de la guérir. L'ordre est parfaitement exécuté. Inutile d'ajouter que M. B... n'était pas là et que F... ne l'a vu qu'en imagination.

C'est là une véritable hallucination ou hallucination positive. Quant aux hallucinations négatives, que nous aimons mieux appeler, avec Binet et Féré, anesthésies

systématiques, elles sont assez facilement produites. Ainsi, le 7 juillet dernier, l'ordre est donné à F... d'avoir une paraplégie flasque, de voir M. M... (qui n'est pas là), et de ne pas voir M. B... (qui est présent). Au réveil, elle a sa paraplégie avec contractures; elle voit très bien M. M... l'interpelle, s'irrite de ne pas l'entendre, l'accuse d'impolitesse; quelqu'un répond, elle ne reconnaît pas la voix de M. M..., lui reproche d'avoir un « porte-parole ». Quant à M. B... elle ne le voit pas.

Voilà un exemple bien net et bien intéressant, que l'on a pu reproduire vingt fois. Il montre que toutes les paralysies de F... s'accompagnent, en même temps que d'anesthésie douloureuse, de contractures, que la suggestion est impuissante à faire disparaître. Il montre aussi, d'une façon saisissante, l'existence de l'hallucination visuelle et de l'anesthésie systématique.

Les suggestions d'actes ne réussissent pas moins bien. Elle exécute très bien, au réveil, l'ordre qu'on lui a donné de se lever, s'habiller, aller dire bonjour à monsieur un tel.

Elle est aussi un exemple des suggestions post-hypnotiques à longue échéance. Ainsi, au commencement de janvier, on ordonne à la malade, pendant son sommeil hynoptique, de venir le 1er mars, à 8 heures du matin, dire bonjour à M. Combal. L'ordre n'a pas été répété depuis ; cependant, il a été ponctuellement exécuté.

Depuis le commencement de février, époque à laquelle F... a quitté l'hôpital, elle vient ainsi à époques fixes, et par ordre, voir tantôt le chef de clinique, tantôt le chef de service. Pas une fois cette suggestion n'a échoué.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que toutes les suggestions obéissent chez notre hystérique. Lorsque l'acte qu'on lui suggère lui déplaît, elle résiste, refuse. Ainsi, le 15 ou 16 mai, F..., qui était venue, le soir, par ordre à

l'hôpital, résista contre un ordre qui lui était donné. Lorsque vous serez éveillée, lui dit-on, vous vous mettrez dans le fauteuil qui est, près de la table, vous prendrez, dans le cartable qui est là, une feuille de papier blanc ; il y a sur l'encrier (à étagère) trois porte-plumes ; vous prendrez celui du milieu et vous écrirez : « Je me refuse absolument à parler à M. M... » F... résiste ; l'ordre est répété avec un ton d'autorité propre à vaincre sa résistance. Eveillée aussitôt après, F... cause, selon son habitude, de ce qu'elle a fait depuis sa dernière visite à l'hôpital ; puis elle s'asseoit tranquillement sur le fauteuil indiqué, l'air vivement contrarié ; elle prend la feuille de papier, choisit le porte-plume désigné, se dispose à écrire ; mais, au dernier moment elle résiste, laisse tomber le porte-plume et se rendort.

D'autrefois, c'est un obstacle imprévu qui empêche F... de consommer l'acte suggéré. Témoin le fait suivant :

Le 3 juin, on suggère à F... d'aller, à son réveil, dans la salle voisine voler à M. D..., étudiant, une pièce de cent sous dans la poche droite de son gilet et de la remettre à son endormeur. Eveillée, F... cause selon son habitude ; puis, sans parler de son projet, elle sort et va tout droit vers M. D... ; au moment où sa main allait commettre le vol suggéré, M. D... se récrie, et F..., qui n'avait pas prévu cet obstacle, retombe dans son sommeil.

On le voit, il est des suggestions qui demeurent inefficaces, et s'il est vrai que l'on puisse, sous ce rapport, éduquer les sujets (F... n'accomplissait au début que des actes très-simples), il demeure démontré que la suggestion hypnotique est souvent incapable de dompter certaines résistances, comme elle est incapable de faire disparaître, chez les hystériques, les phénomènes somatiques qu'elles présentent pendant l'hypnose.

Nous bornons là ces exemples ; notre but n'est pas de faire une étude de la suggestion, et nous n'avons voulu que démontrer jusqu'à quel point F... y est sensible. Ce que nous avons dit suffit à prouver que tout n'est pas suggestion dans l'hypnose, et que le sommeil hypnotique de notre malade n'approche pas plus des catégories de Bernheim que des phases de Charcot.

CHAPITRE IV

LE SOMMEIL NERVEUX SPONTANÉ OU PROVOQUÉ DE F... EST UNE FORME DE SES ATTAQUES DE GRANDE HYSTÉRIE

Nous allons compléter l'étude de notre curieuse malade par l'exposition de faits extrêmement intéressants, qui nous permettent de définir la caractérisation précise du sommeil hypnotique de F..., et de conclure contre tout esprit de systématisation absolue quand il s'agit de phénomènes de l'hypnotisme. De même que nous avons comparé les attaques de sommeil spontané de F... avec son sommeil hypnotique, de même nous allons comparer celui-ci à d'autres crises hystériques que nous avons observées chez elle. Nous avons montré les analogies et les différences de ce sommeil provoqué avec les états décrits par l'école de la Salpêtrière ; nous allons maintenant comparer les crises hystériques de notre sujet avec celles des hystéro-épileptiques de Charcot. On le voit, nous suivons, autant que faire se peut, un ordre logique dans notre exposition, dont toutes les parties s'enchaînent pour constituer un tout nettement défini.

Outre les crises de sommeil dont nous nous sommes déjà occupé, F... a d'autres crises; à la suite d'une contrariété, elle tombe sans connaissance, les membres inférieurs

contracturés en extension, les pieds l'un sur l'autre; les bras, contracturés aussi, en croix, le corps en arc ; parfois tendance à tomber à droite. En cet état, F... est complètement anesthésiée. L'œil est fermé, les paupières contracturées, elle n'entend pas, en tout cas, ne répond pas; semble complètement isolée du monde extérieur ; elle ne répond à aucune excitation ; on ne peut plus se mettre en relation avec elle.

M. le professeur Grasset, rapprochant cet état de l'attaque classique d'hystéro-épilepsie telle qu'elle a été décrite par Richer, faisait remarquer que ces attaques de F... représentent en petit l'une des phases de l'attaque classique de la Salpêtrière.

En effet, dans les deux cas, nous observons : perte de connaissance, crucifiement, arc de cercle, contractures. C'est, comme il dit, le tableau représenté dans certaines photographies de Richer, avec, en plus, la perte de connaissance. La crise de F... rentre donc, par l'état de l'intelligence et par les contractures, dans la première période de l'attaque de la Salpêtrière, avec cette particularité que les contractures de notre sujet ressemblent à celles que Richer classe dans les variétés de la quatrième période, et qui diffèrent absolument de celles que nous observons. En effet, « un des caractères les plus remarquables, dit Richer, de ces sortes d'attaques de contractures, est la conservation complète de l'intelligence. »

F.., a donc des attaques de contracture avec perte de connaissance, que nous rattachons, avec M. Grasset, aux attaques de la Salpêtrière. Ajoutons que cette opinion est confirmée par le fait que F... a présenté des attaques plus complètes, se rapprochant davantage du type décrit par Richer.

Voyons maintenant si l'attaque de F.., que nous venons

de décrire, est comparable à l'état observé pendant son sommeil hypnotique.

Ces deux états se ressemblent au point de vue de la sensibilité et de la motilité. Dans l'un comme dans l'autre, l'anesthésie est générale, les contractures aussi. Ils se différencient par la position des bras (croisés sur l'abdomen dans l'état hypnotique, placés en croix dans l'attaque d'hystérie), et surtout par ce fait capital : l'intelligence et l'ouïe sont intactes dans le premier état, tandis que dans le second, il y a perte de connaissance. Enfin, dans le premier cas, F... cause avec nous; dans le second, elle n'est plus en relation avec le monde extérieur.

Nous avons déjà vu l'analogie des attaques de sommeil spontané de F... avec son état hypnotique. Nous pouvons, identifiant ces deux états, dire qu'ils ne sont qu'au degré différent de l'attaque d'hystérie de notre malade. Et la meilleure preuve, c'est que rien n'est plus facile que de passer de l'un à l'autre de ces états.

F... est endormie spontanément ou d'un sommeil hypnotique. M. le professeur Grasset, dans le but de rechercher l'hyperxcitabilité neuro-musculaire, lui comprime le facial à sa sortie derrière l'oreille. Cette compression ne produit aucune contraction ; mais la malade pousse des gémissements et sa tête se porte vers la droite, en sorte que tout son corps forme un arc latéral ; ou bien, elle met ses bras en croix, et il n'est plus possible d'entrer en communication avec elle. C'est la reproduction de son attaque d'hystérie.

Pendant l'hypnose, M. Sarda ordonne à F... d'aller chez lui ; il indique le trajet à faire, l'étage de son logement, la porte où l'hypnotisée doit sonner. « On viendra vous ouvrir, ajoute-t-il ; vous entrerez, traverserez la salle d'attente, passerez dans mon cabinet, prendrez un livre qui est ouvert

sur la table, et vous me l'apporterez sans le fermer. » F... résiste d'abord, puis se décide. Elle s'habille et part (en imagination), rend compte du trajet parcouru. Elle arrive ainsi jusqu'à la porte de l'appartement de M. Sarda. Lui déplaisait-il d'entrer ou bien refusait-on de lui ouvrir? Quoi qu'il en soit, l'hypnose se changeait en attaque d'hystérie.

Il est probable qu'arrivée près du terme du voyage, et prévoyant quelque obstacle, F... était contrariée ; car toutes les fois que M. Grasset lui a donné pendant l'hypnose un ordre qu'il lui déplaisait d'exécuter, le même phénomène s'est reproduit.

Le passage inverse peut aussi avoir lieu.

Pendant que F... est en crucifiement, l'on presse sur l'une des zones dont nous avons parlé. Au bout de peu de temps, les bras se rapprochent, et si l'on cesse alors la compression, ils se croisent derrière le dos, et la malade peut causer avec son endormeur.

Ces faits suffisent à démontrer que la crise de sommeil de F... n'est qu'un degré de sa crise d'hystéro-épilepsie. Ce sont deux variétés symptomatiques de sa névrose.

Cette constatation est du plus haut intérêt. Elle nous ouvre une conception nouvelle de l'hypnotisme chez les hystériques. Elle nous montre d'abord que le grand hypnotisme de la Salpêtrière est une névrose expérimentale dépendante de l'hystérie, et qu'il n'existe pas en dehors d'elle ; que la suggestion seule est incapable de le produire ; car il est toujours accompagné de caractères somatiques fixes tout à fait en dehors de l'action de la suggestion ; qu'enfin, et surtout, ce grand hypnotisme reproduit quelquefois les phénomènes habituels aux hystériques chez lesquels on provoque l'hypnose. C'est parce que F... a toujours dans ses attaques d'hystérie des contractures, qu'elle

les a aussi pendant ses attaques de sommeil et pendant l'hypnose. Comme le faisait observer M. le professeur Grasset, dans ses leçons, notre sujet, qui est une hystérique, présente pendant l'hypnose des caractères somatiques fixes, comme les hypnotiques de la Salpêtrière.

Mais F..., s'éloigne du grand hypnotisme de la Salpêtrière, puisque nous avons vu que, contrairement aux hystériques de Charcot, tout en présentant, comme elles, des caractères somatiques fixes, elle ne présente qu'un état, toujours le même, de sommeil nerveux provoqué, que les moyens indiqués par l'école de la Salpêtrière n'ont pas pu modifier; elle s'en éloigne puisque cet état hypnotique diffère de chacun des états attribués par Charcot au grand hypnotisme.

Cela ne prouve pas, à notre avis, que les descriptions de Charcot soient « une œuvre artificielle ». Il est certain que le célèbre médecin de la Salpêtrière a vu tout ce qu'il a décrit. Mais il a peut-être un peu trop généralisé. D'ailleurs, nous l'avons déjà dit, ses élèves font des restrictions et admettent des hypnoses frustes. Le cas de notre hypnotique prouve la sagesse de cette réserve.

Que faut-il donc conclure ? Simplement ceci : Charcot a choisi ses sujets parmi les hystéro-épileptiques de la Salpêtrière, c'est-à-dire parmi les mêmes malades qui ont des attaques classiques si bien décrites par Richer. Toutes ces malades se ressemblent au point de vue de leurs attaques spontanées; elles se ressemblent aussi au point de vue de leur sommeil hypnotique, et la description ou plutôt « l'essai nosographique » qu'il en a donné est vrai de tout point. Mais à côté des hystéro-épileptiques qui ont des attaques classiques, il en est d'autres qui ont seulement des attaques frustes, et F .. rentre dans cette variété. C'est pourquoi la description de Charcot ne lui est pas applicable.

Il y a plus, F... a des attaques de sommeil spontané, ce qui la différencie encore des sujets de la Salpêtrière. Si ces attaques ne sont qu'un degré des attaques d'hystéro-épilepsie, il n'est pas étonnant que, comme ces dernières, elles présentent des caractères somatiques fixes.

L'essai nosographique de Charcot doit donc être complété. Dans la description du grand hypnotisme doivent trouver place les deux variétés suivantes : *A*. celle qui répond à la description de Charcot et que l'on observe chez les hystéro-épileptiques à attaques classiques; *B*. celle que l'on observe chez des hystéro-épileptiques à attaques frustes ou incomplètes. L'une et l'autre ont des caractères somatiques fixes et s'observent chez des sujets en puissance de la grande névrose. Dans la seconde, l'hypnose reproduit fidèlement les attaques de sommmeil spontané.

Quant à la suggestion, il est évident qu'elle ne tient pas sous sa dépendance les caractères somatiques fixes du grand hypnotisme ; notre malade le prouverait, s'il en était besoin, puisque, chez elle, ces caractères existaient antérieurement à toute suggestion, et que la suggestion est incapable de les faire disparaître, puisque pendant l'hypnose, il est impossible d'agir par suggestion. Nous ne voulons pas dire par là que Bernheim et Liébeault aient mal observé ou qu'ils aient eu affaire à des simulateurs. Loin de nous une pareille pensée. Nous croyons les descriptions de Bernheim parfaitement exactes. Ce qui a fait l'antagonisme, ce qui a créé des discussions regrettables entre l'Ecole de la Salpêtrière et celle de Nancy, c'est que l'on observait ici chez des sujets indemnes de la névrose; là, chez des hystériques.

Le sommeil provoqué peut donc être considéré comme une névrose expérimentale dont les variétés symptomatiques doivent être classées sous les trois groupes suivants :

A. Sommeil provoqué chez des sujets non hystériques, et dans lequel tout est sous la dépendance de la suggestion.

B. Sommeil provoqué chez des hystéro-épileptiques, dans lequel il existe des caractères somatiques fixes indépendants de la suggestion, et répondant à la description classique de Charcot.

C. Sommeil provoqué chez des hystéro-épileptiques, dans lequel il existe des caractères somatiques fixes indépendants de la suggestion, et qui n'est autre chose que la reproduction des attaques de sommeil spontané.

Dans ce dernier groupe, non encore décrit, doivent exister des variétés. Le sujet que nous venons d'étudier dans ce travail constitue une de ces variétés.

En voici, d'après M. Grasset, la caractéristique principale : contractures généralisées, impossibilité de faire réussir les suggestions intra-hypnotiques, possibilité de faire réussir les suggestions post-hypnotiques.

C'est par cette conclusion du maître que nous terminerons cette étude.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !